Lane Medical Library

ÜBER DIE PSYCHOSEN BEI DER TABES DORSUALIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 4. AUGUST 1883

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

HERMANN JACOB

AUS SOHRAU IN OBER-SCHLESIEN.

OPPONENTEN:

HERR P. GAST, DD. MED.
HERR. J. MOSLER, CAND. MED.
HERR S. WOLLENBERG, CAND. MED.

BERLIN.
BUCHDRUCKEREI VON LEONHARD SIMION.
ZIMMERSTR. 91.

SEINEN ELTERN.

Unter den somatischen Ursachen, welchen man einen Einfluss auf die Entstehung der Geisteskrankheiten zuschreibt, kommt entschieden den Erkrankungen des Nervensystems eine hervorragende Bedeutung zu. Man kennt längst Fälle, wo Verletzungen von Nerven durch Operationen, Traumen etc. im Stande gewesen sind, geistige Störungen hervorzurufen, wie z. B. Jördens von einem Falle berichtet, wo ein Knabe in Folge Eindringens von Glassplittern in die Fusssohle tobsüchtig wurde und es blieb, bis er von den Glassplittern befreit war. Aber auch blosse Nervenreizungen, wenn sie nur intensiv genug sind oder lange genug anhalten, können die Ursache geistiger Störungen bilden. So erzählt Esquirol einen Fall von Manie, der nach einem starken Geruchseindruck ausbrach.

Von grösserer Bedeutung sind naturgemäss pathologische Veränderungen des Gehirns. Längst weiss man, dass jede Miningitis als Geisteskrankheit erscheinen kann, oder dass Apoplexien neben den Lähmungen u. s. w. ein Irresein herbeizuführen vermögen. Verletzungen des Schädels, gleichviel, ob sie in Knochenbrüchen, Blutextravasaten, Verlust an Gehirnsubstanz oder in blosser Erschütterung bestehen, können entweder sogleich oder im Laufe der Jahre zu Geistesstörungen führen.

Auch Erkrankungen des Rückenmarkes sind nicht selten Ursache der verschiedenen Arten von Psychosen, und es ist wunderbar genug, dass erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit ein Zusammenhang zwischen beiden bekannt ist. Daher dürfte es nicht ohne Interesse sein, die bei den einzelnen Rückenmarkserkrankungen vorkommenden Psychosen genauer ins Auge zu fassen, und es sollen in der vorliegenden Arbeit diejenigen Formen von psychischen Störungen geschildert werden, die bei der Tabes dorsualis, als der häufigsten Krankheit des Rückenmarks, vorkommen.

I. Einfache Dementia.

Es lässt sich jedenfalls leicht denken, dass die Tabes, welche so tief in das sensible Spinalgebiet eingreift, schon an sich eine gewisse Beeinflussung des psychischen Hirnlebens herbeiführen kann (leichte Dementia in Folge der Inanition, Simon) oder durch den Ausfall der orientirenden und regulirenden Gemeingefühle (Schüle). Als noch wichtiger, aber für eine complicirende Hirnaffection sieht man an die Geneigtheit der Tabes (namentlich der ascendens) zu vasomotorischen Fluxionen (Topinard). Letztere wird denn auch in bestimmter Weise für die schwerste Form cerebraler Complication verantwortlich gemacht (von Krafft-Ebing, Tigges), für die nicht selten hinzutretende Paralyse. Auf alle Fälle aber muss man unterscheiden zwischen elementaren psychopathischen Phänomenen, die hie und da im Verlaufe der Tabes auftreten können, und zwischen geschlossenen Symptomencomplexen nach dem bekannten Bilde der Melancholie, Dementia u. s. w.

Krafft-Ebing macht den Unterschied in den gei-

stigen Störungen davon abhängig, ob sie zu gleicher Zeit mit der Tabes auftreten oder erst im weiteren Verlaufe derselben. In den Fällen, wo Tabes von vornherein von einem psychopathischen Symptomencomplex begleitet ist, soll dieser übereinstimmen sowohl klinisch wie anatomisch mit dem Bilde der Dementia paralytica. Weniger sei dies der Fall, wenn die Psychose erst nach längerem Bestehen der Tabes sich zeigt. Ueberwiegend häufig soll hier einfache Dementia vorkommen, die Simon zurückführen will theils auf complicirende Hirnerkrankung (Pachymeningitis), theils auf Inanitionserkrankung des Gehirns.

Doch kann diese Auffassung von Krafft für uns heut nicht mehr ganz stichhaltig sein, weil wir die Tabes mit Hülfe des Kniephänomens schon in früheren Stadien diagnosticiren, als es noch vor 10 Jahren der Fall war. Nach unseren heutigen Kenntnissen müssen wir annehmen, dass die Tabes schon vorausgegangen war auch in den Fällen, wo sie nach den älteren Diagnosen erst zu gleicher Zeit mit der Psychose aufgetreten ist.

Den ersten Fall einfacher Dementia hat Horn 1833 in seinem Archiv veröffentlicht. Im achten Jahre der Tabes stellten sich Reizbarkeit, Hallucinationen, maniakalische Zufälle ein, aus denen sich allmählich Blödsinn entwickelte. Nach vier Jahren trat der Tod ein. Die Autopsie ergab: „Injection und Oedem der Hirnhäute, Injection des Gehirns.“ Nach Horn hat Hoffmann (Allgem. Zeitschr. für Psych. XIII.) einen Fall von Dementia bei Tabes beschrieben, Türk (Sitzungsberichte der Wiener Akad. 1856, XXI) deren zwei, Joffe (Zeitschrift der Wiener Aerzte 1860) einen, ferner Rey, Simon u. A.

Das allgemeine Krankheitsbild und der Verlauf sind,

kurz geschildert, etwa folgendermassen: Nachdem vielleicht eine Zeit lang als Vorläufer Kopfschmerzen, Schwindel u. s. w. bestanden haben, stellen sich allmählich die psychischen Symptome ein, bestehend in Gedächtniss- und Gedankenschwäche, Energielosigkeit, Gleichgiltigkeit gegen Angehörige und den Beruf, kindische Einfälle u. s. f. Die Kranken sprechen die absurdesten Dinge, sind unwillig, wenn man sie corrigirt. Auch Grössendelirien haben die Patienten: sie sehen Gold und Silber in ihrem Speichel, Diamanten in ihrem Brod, sind von höchster Abstammung und verfügen über Millionen. Aber nur kurze Zeit dauert dies; meist verfallen die Kranken rasch und gelangen schnell an die äusserste Grenze geistigen Zerfalls.

Die ophthalmoskopischen tabischen Symptome sollen bei dieser Form geistiger Störung selten sein, ebenso die vasomotorischen Kopffluxionen, die, wie schon erwähnt, bei der tabischen Paralyse so häufig sind.

Der Verlauf ist bald ein längerer, bald ein kürzerer; der Tod kann schon in 1—2 Jahren erfolgen.

Was den pathologisch-anatomischen Befund betrifft, so fand sich in dem typischen Falle von Simon (Archiv f. Psych. Bd. I.): Graue Degeneration der Hinterstränge mit Körnchenzellenmyelitis der Seitenstränge. Sclerose der weissen Substanz der Hemisphären (mikroskopisch mit Hypertrophie der Glia und Kernvermehrung der Gefässadventitia und stahlgraue Verfärbung der Corticalis mit Vermehrung des Hirngewebes (1345 gr).

II. Ascendirende progressive Paralyse.

Trotzdem man kaum länger als zwei Decennien den Zusammenhang von Tabes und progressiver Paralyse

einem genaueren Studium unterworfen hat, ist doch die Literatur über diesen Gegenstsnd schon eine ganz umfangreiche. Boyd hat im Jahre 1843 zuerst auf Erkrankungen des Rückenmarks bei der Dementia paralytica hingewiesen, und nach ihm hat Joffe auf denselben Gegenstand aufmerksam gemacht. Aber da beide es unterliessen, ihre Behauptungen durch genaue klinische Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen zu stützen, blieb ihr Hinweis unbeachtet, und nach wie vor schenkte man bei der Obduktion Tabischer dem Rückenmark wenig Aufmerksamkeit. Das mag allerdings seinen Grund zum Theil auch gehabt haben in der Schwierigkeit der Untersuchung des Rückenmarks überhaupt, zum Theil in der Unfertigkeit der mikroskopischen Technik. Westphal gebührt unstreitig das grosse Verdienst, durch genaue Krankenbeobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen bewiesen zu haben, dass Rückenmarksaffectionen ein überaus häufiger Befund bei der progressiven Paralyse der Irren sind. Und man kann nach seinem Vorgange nicht nur bei bestehender Ataxie, sondern schon bei Fehlen des Kniephänomens mit Sicherheit auf eine Betheiligung des Rückenmarks schliessen. Die bei der progressiven Paralyse vorkommenden Erkrankungen des Rückenmarks, die mit oder ohne Betheiligung der Häute verlaufen können, theilt Westphal in drei Formen:

I. Erkrankung der Hinterstränge im ganzen Verlauf, vom Hals- bis zum Lendentheil,

II. Erkrankung des hinteren Abschnittes der Seitenstränge, ebenfalls im ganzen Verlauf,

III. Combination von I. und II.

Was nun speciell die Form der Erkrankung der Hinterstränge betrifft, die uns hier allein interessirt, so findet man ausschliesslich die sogenannte graue Degeneration (Atrophie), also die bei der Tabes charakteristischen Veränderungen.

Ob nun der Prozess ein auf- oder absteigender ist, d. h. ob er vom Rückenmark auf das Gehirn übergeht oder umgekehrt, lässt sich anatomisch bis jetzt nicht nachweisen. Es ist noch nicht gelungen, auch nur in einem einzigen Falle den krankhaften Prozess von den Strängen des Rückenmarks aus durch die Medulla oblongata, Hirnschenkel, Kapsel, grosse Ganglien und Stabkranz nach der Hirnrinde zu verfolgen.

Auch der klinische Verlauf weist nicht mit Nothwendigkeit auf ein direktes Uebergreifen des Prozesses von Gehirn auf Rückenmark oder umgekehrt hin. Man sieht nicht selten Spinalaffektionen primär bestehen und erst nach längerem Verlauf Hirnerscheinungen auftreten. Will man aber eine continuirlich aufwärtssteigende Erkrankung annehmen, so müssen unbedingt vor den cerebralen Symptomen solche seitens der Medulla oblongata sich zeigen und diese fehlen nicht selten. Trotzdem sich also ein direktes Uebergreifen von Gehirn auf Rückenmark und umgekehrt nicht nachweisen lässt, darf man doch an eine blosse Complication der Prozesse nicht denken, sondern es besteht unstreitig ein bestimmter Zusammenhang zwischen der progressiven Paralyse und der Tabes. Es berechtigen zu dieser Annahme u. A. gewisse Krankheitserscheinungen, die sich so häufig bei beiden finden: Atrophie des n. opticus, Lähmungen der motorischen Augennerven und die apoplecti- und epileptiformen Anfälle.

Es verdient vielleicht erwähnt zu werden, dass Voisin die Erkrankung der Hinterstränge bis in den Stabkranz verfolgt haben will, und er meint, dass, wenn der Kranke es nur erlebt hätte, er sicher durch das Weitergehen des Prozesses nach der Hirnrinde paralytisch geworden wäre.

Westphal fasst seine Meinung über die Beziehung der Hirnerkrankungen bei den paralytischen Geisteskranken zu den bei ihnen vorkommenden Rückenmarksaffectionen so zusammen, „dass bei den betreffenden Individuen eine gewisse Disposition des Nervensystems gegeben ist, in Folge deren je nach der Verschiedenartigkeit der unbekannten einwirkenden Ursachen theils mehr gleichzeitig, theils nach einander bald der spinale, bald der cerebrale Abschnitt des Nervensystems, bald periphere Hirnnerven von dem Krankheitsprozess ergriffen werden."

Demgemäss unterscheidet Westphal in Bezug auf den Verlauf zwei Gruppen von progressiver Paralyse der Irren:

I. Es geht mehr oder weniger lange Zeit — bis 12 bis 15 Jahre — Tabes voraus, die allmählich mit Gedächtnissschwäche u. s. w. sich complicirt, an welche sich dann die Manie anschliesst, oder diese entsteht plötzlich ohne Vorläufer. Das ist die Form, bei der man an einen aufsteigenden Prozess denken könnte.

II. Die Paralyse geht voran und zu ihr gesellt sich die Tabes. Auch hier kann, wie schon erwähnt, ein direktes Uebergreifen der Prozesse nicht nachgewiesen werden, trotzdem klinisch nicht selten eine absteigende Reihenfolge von Symptomen besteht: Atrophie des n. opticus, Dementia und dann erst motorische Schwäche.

Wenn wir nun zu der Literatur der bei der Tabes vorkommenden progressiven Paralyse übergehen, so finden wir den ersten genau beschriebenen Fall bei Baillarger (Gaz. des Hôpit. 1861; Annales méd.-psychol. 1862). Es bestanden in dem genannten Falle 4 Jahre lang ataktische Symptome; Duchenne diagnosticirte Ataxie locomotrice progressive. Es traten die charakteristischen Störungen der Intelligenz der Paralyse ein, die ataktischen Symptome schwanden mehr, während die Intelligenz zunahm.

Allein erst nachdem die epochemachenden Arbeiten von Westphal (Virchow's Archiv Bd. 39, 40 und Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XX, XXI), die eine Reihe hierher gehöriger Beobachtungen brachten, erschienen waren, fing man an, dem Gegenstande die ihm gebührende Aufmerksamkeit zu schenken. Es folgte nun eine stattliche Zahl von Veröffentlichungen über allgemeine Paralysen im Verlaufe der Tabes, so von: Magnan, Meschede, Tigges, Topinard, Simon (Arch. f. Psych. Bd. I, II), Obermeier (Arch. f. Psych. Bd. V), Strümpell (Arch. Bd. XII, Fall III), von Krafft-Ebing (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28), Rey (Zeitschr. Bd. 35), Claus (Zeitschr. Bd. 38, Fall II, III), W. Sander, Mendel (Progressive Paralyse der Irren. Monographie. 1880) u. A.

Auch den Franzosen verdanken wir viele Mittheilungen, so u. A.: Foville (Annales méd.-psych. 1873), Dieulafoy (Gaz. hebdom. de méd. et chirurgie 1877 No. 35, 36), Masson (Des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotr.). J. Christian (L'Union médic. 1879 No. 88) bestreitet jeden anatomischen und klinischen Zusammenhang zwischen Tabes und Paralyse, die von einander unabhängige ganz verschiedene Erkrankungen sein sollen. Kommen sie aber ausnahms-

weise vereint vor, so ist das Zufall und entspringt verschiedenen Krankheitsursachen. Der angeführte Fall beweist aber gerade das Gegentheil.

Moeli hat auf einem Congress der Irrenärzte eine Statistik aus dem Material der Charité mitgetheilt (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37): sie umfasst 94 Tabiker, von denen aber fünf auszuschliessen sind, weil bei ihnen die psychische Störung auf nachweisbare Ursachen sich zurückführen lässt. Von den übrigen 89 litten 17—19 % an psychischen Störungen und zwar 10 an progressiver Paralyse mit erheblicher Sprachstörung oder einfacher Dementia.

Das klinische Bild der im Verlaufe von Tabes auftretenden Paralyse zeichnet sich aus durch seine polymorphen Symptome.

Der Grundzug der cerebralen Symptome ist bei allen die wirkliche Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten von Anfang an. In einer Reihe von Fällen wird das tabische Bild plötzlich unterbrochen durch Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Zuckungen und nachfolgenden vorübergehenden Delirien, die auf die schwere Hirnaffection mit Nothwendigkeit hinweisen. In diesen Fällen tritt meist schnell progressive Dementia ein, während Sensibilität und Motilität nicht selten die charakteristischen Veränderungen der Tabes beibehalten. Tritt Schwerfälligkeit in der Sprache hinzu, so ist das der klassischen Paralyse nun sehr ähnliche Bild vollendet. Eine hinzutretende schwere somatische Erkrankung kann schnell den Tod herbeiführen.

In einer anderen Reihe von Fällen tritt plötzlich Tobsucht auf, die aber wieder nachlässt. Es besteht dann ein oft monatelang anhaltendes ziemlich ruhiges

Zwischenstadium, indem nur die grosse Reizbarkeit und zunehmende psychische Schwäche auffallend ist. Dann treten plötzlich aber wieder Tobsucht und Wahnideen auf. Bald bestehen diese in Grössendelirien: die Patienten halten sich für Gott, Kaiser, Millionäre u. s. w., bald haben sie einen mehr hypochondrischen Charakter. Die Kranken sind mürrisch, verzweifelt, halten sich für den Ausschuss der Menschheit, für verfault am ganzen Leibe u. A. m. Selbstmordversuche kommen daher bei ihnen nicht gar zu selten vor.

Man hat in etwas gezwungener Weise die hypochondrischen Wahnvorstellungen sich so zu erklären gesucht, dass die Psychose sich direct an das sog. excentrische Schmerzstadium der Tabes ansetzt, dass die Schmerzen bestehen bleiben und für die Folge die Grundlage der hypochondrischen Wahnvorstellungen bilden.

Um das polymorphe Symptomenbild noch mannigfacher zu machen, schlagen die Grössenvorstellungen oft in die hypochondrisch-melancholischen Zustände um. Ferner trifft man bisweilen auf vorübergehende Remissionen der motorischen Störungen, so dass im Verlaufe von Stunden die tabischen Grundsymptome zurück- und wieder hervortreten können. Fast immer aber ist der schliessliche Verlauf der progressive zum Blödsinn mit bleibendem Ueberwiegen des ataktischen Charakters gegenüber dem paralytischen.

Von anderen cerebralen Symptomen sind zu erwähnen die Kopfschmerzen, die bei den meisten Patienten sich finden und oft einen so intensiven Charakter annehmen, dass sie die Hauptklage bilden. Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit u. A. sind nicht seltene Befunde.

Im Bereich der höheren Sinnesorgane sind die Erscheinungen nicht constant. Am häufigsten findet man Abnahme des Gesichtssinnes. Aus der schon einmal erwähnten Statistik von Moeli ergiebt sich, dass von den 89 Tabikern 13,5 % an Atrophie des n. opticus litten; davon hatten von den 17 Geisteskranken 35 %, unter den 72 nicht geisteskranken Tabikern nur 8,3 % Atrophie des n. opticus.

Dieselbe Statistik ergiebt übrigens noch, dass 22 % der Gesammtzahl Lähmung der motorischen Augennerven zeigten, von den Geisteskranken 47 %, von den andern 15 %.

Hallucinationen und Illusionen treten nicht gerade oft auf und sind ohne Bedeutung für den Prozess.

Die Erscheinungen der Sensibilität und Motilität sind sehr verschiedenartig, behalten aber meist den tabischen Charakter bei. Die Anaesthesie und Analgesie kann bisweilen einen rapiden Verlauf nehmen und die höchsten Grade erreichen. So erzählt Simon von einem Kranken, der sich zwei Finger bis auf den Knochen verbrannte, ohne Schmerzempfindung zu äussern.

Der Verlauf der Paralyse ist meist ein ziemlich langsamer, doch sind auch Fälle beobachtet worden, in denen das Gegentheil stattfand. Der Uebergang in vollständige Dementia ist meist wohl etwas rascher als bei der typischen Paralyse. Doch kann die tabische Paralyse auch ganz unregelmässig verlaufen, mit Remissionen, die als Heilung imponiren können (Mendel). Stehenbleiben des Prozesses und selbst Heilung sind schon beobachtet worden (Baillarger).

Der Obductionsbefund entspricht dem klinischen Bilde. Constant findet man graue Degeneration der Hinter-

stränge mit Atrophie der hintern Wurzeln, manchmal hinauf bis an die Clavae, oft complicirt mit Leptomeningitis spinalis. Der Gehirnbefund ist meist derselbe wie bei der classischen Paralyse: makroskopisch diffuse Hirnatrophie mit Trübung, Adhaerenz der pia mater und oft Hydrocephalus internus.

III. Delirium.

Nur zwei Fälle von Delirium acutum sind bisher in der Literatur bekannt geworden; sie werden von Leyden in der Klinik der Rückenmarkskrankheiten erwähnt. Das Delirium ging nach lebhafter Aufregung in einen typhösen Zustand über, dann in Sopor.

Der eine Fall kam zur Obduction; es fand sich nichts, was das Delirium hätte erklären können.

Dagegen finden sich in der Literatur mehrere Fälle von Delirium und Geistesstörungen mit Verwirrtheit, melancholischer oder maniakalischer Erregung, die aber nicht ganz dem Bilde des Delirium acutum ähnelten, kurz vor dem Tode auftraten und zum Theil wenigstens eine anatomische Grundlage darboten.

Krafft-Ebing ist geneigt, diese Form von Delirium zurückzuführen auf die häufig gefundene Pachymeningitis haemorrhagica oder auf die mit Kernwucherung in der grauen und weissen Substanz des Gehirns und vermehrter Consistenz desselben verbundene Hyperaemie der pia mater oder auf die Inanition, wie sie eine so schwere chronische Krankheit, wie die Tabes, wohl mit sich bringen könnte.

In die Kategorie dieser Delirien gehört vielleicht der Fall VIII von Simon (Archiv f. Psych. Bd. I); doch könnte man ihn auch, da Pyaemie bestand, als Fieber-

delirium auffassen. Eine hierher gehörige Beobachtung bringt ferner Krafft-Ebing (Zeitschr. für Psych. Bd. XXVIII): Fünf Tage vor dem Tode trat fieberhafte Aufregung ein, Schlaflosigkeit, Verworrenheit, Bewegungsdrang, Tobsucht u. s. w.

Die Obduction ergab ausser grauer Degeneration der Hinterstränge Pachymeningitis und Hirnatrophie.

IV. Melancholie.

Die diese Krankheitsform charakterisirenden Symptome: Praecordialangst und psychischer Schmerz sind auch bei der im Verlauf der Tabes dorsualis auftretenden vorhanden. Die Kranken werden deprimirt, ängstlich, bei jedem Geräusch schrecken sie zusammen und bekommen Herzklopfen. Oft besteht Schlaflosigkeit, oder der Schlaf wird gestört durch folternde Träume. Ein immenses Schwächegefühl lässt den Patienten sich nicht aufraffen: er wagt nichts mehr zu unternehmen. Illusionen und Hallucinationen, oft genug bestehend, dienen gleichfalls dazu, den Kranken noch unglücklicher zu machen und zur Verzweiflung zu bringen.

In der Literatur finden sich nur spärlich Fälle von Melancholie verzeichnet, die zur Tabes sich gesellten. Tigges (Zeitsch. f. Psych. Bd. XXVIII, Fall 2 und 3) führt zwei hierher gehörige Beobachtungen an, Rey (Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXV, Fall 3, 4, 6) deren drei.

In vier dieser Fälle trat Genesung ein, in dem letzten (Tigges Fall 3) war der Ausgang zur Zeit der Veröffentlichung noch unbestimmt.

In den meisten Fällen war ein bestimmter Grund, weshalb die Melancholie eintrat, nicht nachzuweisen.

Nur in der 4. Beobachtung von Rey heisst es, dass sie sich zeigte in Folge von Amaurose.

Herr Privatdocent Dr. Mendel war so liebenswürdig, mir einen hierher gehörigen Fall, den er in seiner Anstalt beobachtet hat, zur Veröffentlichung zu übergeben.

S., Rittergutsbesitzer, 36 Jahr alt. Eltern leben und sind gesund, der Vater 77 Jahre alt. Ein 42 Jahre alter Bruder ist an Schlaganfall gestorben, die vier übrigen Geschwister sind gesund. Ein Bruder des Vaters ist an Gehirnerweichung gestorben. Patient studirte drei Semester Jura und diente dann ein Jahr bei einem Kavallerie-Regiment. Im Alter von 27 Jahren verheirathete er sich. Von den drei Kindern lebt eins, die beiden andern starben an Diphtheritis. Im Alter von 13 Jahren machte Pat. einen acuten Gelenkrheumatismus durch, im Alter von 23 Jahren hatte er Schanker mit Bubonen und Halsaffektion, wogegen er eine Schwitzkur erfolgreich gebrauchte.

Im Alter von 31 Jahren stellten sich zuerst „rheumatische“ Schmerzen in den Beinen ein, namentlich in Knie und Hacken. Die libido zum coitus schwand, Erectionen fanden nicht mehr statt. Seebäder, welche der Pat. gegen seine Beschwerden anwandte, wirkten sehr ungünstig auf den Zustand ein. Eine später unternommene galvanische Behandlung blieb ohne Erfolg. Die Schwäche in den Beinen nahm zu, Patient bekam Gürtelschmerz, Kreuzschmerzen und Blasenkrampf. Oefters zeigten sich intercurrente Erregungszustände, dazwischen bestand grosse Schlaffheit.

Vor etwa drei Monaten wurde Pat. bei Fortbestehen der motorischen Schwäche und der Schmerzen ohne äussere Veranlassung ungemein trübe gestimmt, zog sich

von Allem, womit er sich bis dahin beschäftigt hatte, zurück, machte sich allerhand Vorwürfe, sah seine Vermögensverhältnisse für vollständig zerrüttet an und machte sogar ein conamen suicidii. Dies war die Veranlassung der Ueberführung in die Anstalt, wo Patient folgenden Status praesens darbot:

Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke; am n. facialis und hypoglossus ist nichts Abnormes. Pat. zeigt das Romberg'sche Symptom: er schwankt beim Stehen mit geschlossenen Augen, sodass er umzufallen droht. Gewöhnlich zeigte Pat. breitbeinige Stellung und Hackengang. Beim Umdrehen schwankt er deutlich, in den Händen ist die Ataxie ziemlich bedeutend, sodass Pat. z. B. schwer den Rock zuknöpfen kann. Dabei hat die grobe motorische Kraft nicht gelitten; der Händedruck ist kräftig. — Die Blase ist stark erweitert und reicht drei Querfinger breit über den Nabel; dabei besteht incontinentia urinae.

Sensibilität und Localisation sind nicht gestört. Kniephänomen nicht vorhanden.

Psychisch zeigt Pat. keine Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses; dagegen ist er überaus deprimirt. Er sagt, dass er sterben müsse, dass er sich und seine Familie ins Verderben stürze. In der Anstalt will er gern bleiben, weil er hofft, dass hier sein Ende nahe sei.

Im weiteren Verlauf zeigte sich Schlaflosigkeit, gleichmässig melancholische, ruhige Stimmung ohne Hallucinationen. Ohne dass irgend wie wesentliche neue Erscheinungen aufgetreten wären, besserte sich allmählich der psychische Zustand des Patienten, während die tabischen Symptome unverändert blieben. Es trat Schlaf ein, der Patient nahm wieder mehr Antheil an seiner

Umgebung, erkundigte sich nach seinen Angehörigen und sprach die Hoffnung aus, dass es dieses Mal noch besser werden könnte. Obwohl er nicht vollständig hergestellt erschien, wurde er doch, ohne andere Symptome, als einen leichten depressiven Zustand zu zeigen, auf Wunsch seiner Angehörigen aus der Anstalt entlassen.

Zu Hause bekam Pat. allmählich die tiefe melancholische Stimmung wieder und ein halbes Jahr später nahm er sich das Leben.

Die Obduction wurde nicht gemacht; uns ist also, da es auch in den anderen Fällen nicht zur Autopsie kam, über die pathologisch-anatomischen Vorgänge auch dieser Form von Melancholie nichts bekannt.

V. Paranoia.

Im Gegensatz zu den organischen Formen complicirender Hirntabes kann man die Paranoia als eine psychische Form von tabischer Hirnstörung ansehen, welche ohne palpable und selbständige Hirnläsion verläuft. Die Tabes scheint hier nur insofern den somatischen Ausgangspunkt zu bilden, als die bei ihr charakteristischen Sensibilitätsstörungen direct in Wahnideen umgewandelt werden und so das farbenreiche Bild der hypochondrischen Verrücktheit zusammensetzen. „Hier handelt es sich nicht um vasomotorische, noch weniger um grob anatomische Zusammenhänge beider Processe, sondern wahrscheinlich nur um eine Aenderung der cerebralen Leitungsbahnen (vielleicht in Folge von neurotischer Inanition), wodurch die directen und unmittelbaren Umsetzungen der sensiblen Reize des tabischen Markprocesses in fixe Allegorien ermöglicht werden.“

Das Bild und der Verlauf der im Gefolge von Tabes

auftretenden Paranoia sind classisch gekennzeichnet in dem typischen, vielfach citirten Fall von Kirn (Zeitschr. für Psych. Bd. XXV.).

Einen ähnlichen Fall hat Topinard beobachtet. Ferner sah Moeli bei den 87 schon erwähnten Tabikern ausser den 10 paralytischen noch vier Patienten mit lebhaften Verfolgungsideen und theilweise auch Hallucinationen, also Paranoia hallucinatoria und drei Patienten mit hypochondrischer Verrücktheit.

Zwei hierher gehörige Fälle hat Herr Dr. Mendel beobachtet, derselbe war so freundlich, mir auch diese zu überlassen.

C. G., Rentier, geb. den 5. Dec. 1834, aufgenommen am 22. April 1876.

Die Mutter des Pat. war in ihren letzten Lebensjahren in den oberen und unteren Extremitäten gelähmt, ebenso deren Vater in den letzten 18 Jahren. — Die Mutter soll stets nervös, der Vater nicht geisteskrank gewesen sein.

Pat. besuchte das Gymnasium bis zur Ober-Tertia, war dann Volontär in einem Getreide- und später in einem Bankgeschäft. Darauf erlernte er bei seinem Bruder die Landwirthschaft und wollte sich ankaufen, wurde aber durch 1868 auftretende, von dem Pat. für syphilitisch gehaltene Krankheitserscheinungen davon abgehalten und lebte nun bei seinem Vater.

Von seinen Angehörigen wird der Pat. für gut begabt, aber verzogen, launisch und rechthaberisch geschildert.

In seiner Jugend war Pat. scrophulös, litt im 18. Lebensjahre an einem scrophulösen Leistendrüsenabscess, war immer von etwas schwächlicher Constitution und

blieb deshalb vom Militärdienst befreit. — Im Jahre 1852 hat Pat. einen schweren Typhus durchgemacht. — 1854 hatte Pat. einen Schanker, welcher touchirt wurde und in acht Tagen heilte; secundäre Erscheinungen sollen damals nicht zurückgeblieben sein. 1868 will Pat. an „Mandelentzündung und Geschwüren an den Mandeln" gelitten haben; er brauchte Quecksilber und Jodkalium. 1869 machte Wilms dem Pat. eine Mandelexstirpation, der nachher noch eine Wassercur gebrauchte.

Seit 1872 besteht eine Pupillendifferenz: die rechte ist grösser als die linke. — Sehstörungen auf dem rechten Auge. — Ohrensausen vor beiden Ohren seit mehreren Jahren, seit Februar 1876 auf dem rechten Ohr vollständige Taubheit.

Seit 1874 im Sommer bestehen Lähmungserscheinungen, welche allmählich sich verschlimmerten, zuerst im rechten, dann über ein Jahr später auch im linken Bein auftraten und denen „rheumatische" Schmerzen vorausgegangen sein sollen. Patient wurde galvanisirt, ohne Erfolg; das rechte Bein wurde allmählich ganz gelähmt.

Seit einiger Zeit besteht Gürtelschmerz: ferner Stuhlverstopfung, bald incontinentia alvi, Polyurie und incontinentia urinae.

Vor etwa einem Jahre wurde Pat. deprimirter, zog sich ganz zurück, wollte sich vor Niemandem wegen seiner Krankheit mehr sehen lassen. Die Geistesstörungen datiren die Angehörigen vom August vorigen Jahres: Patient behauptete durch Drähte, deren Leitungen unter den Fussboden gelegt und an seinen Körper applicirt wären, beständig elektrisirt zu werden; er roch ferner immer Phosphor im Zimmer und hatte Gehörshallucinationen.

Dieser Zustand soll neun Wochen gedauert haben. Nach einem durch drei Gaben von Morphium 0,01 bewirkten Schlaf, der zwei Tage und zwei Nächte anhielt, soll dann Pat. bis zum Februar dieses Jahres von den psychischen Störungen frei geblieben sein (?).

Seit Februar d. J. soll der jetzige Zustand bestehen, Pat. behauptet, dass man ihn beständig elektrisire, leidet an Gehörshallucinationen und entwickelt eine Menge von Verfolgungsideen: er denuncirte wiederholt seine vermeintlichen Verfolger beim Staatsanwalt u. s. w.

Status praesens, den 22. April 1876: Pat. macht die in der Anamnese enthaltenen Angaben sicher und schnell. Er klagt beständig in sehr erregter Weise über die Verfolgungen, denen er ausgesetzt sei. Er werde beständig von Leuten seiner Heimathstadt galvanisirt; unter ihnen müsse ein Arzt sein, der die empfindlichsten Nervenstellen des Körpers kenne und dort die Pole ansetze. In seiner Wohnung habe man die Fenster durchbohrt und den Draht ins Bett an seine Füsse geleitet: er habe den Draht klappern hören, während man an ihm arbeitete. Aus Angst vor diesen Nachstellungen sei er zu seinem Bruder aufs Land gereist, aber seine Feinde seien ihm auch dorthin gefolgt; auch in der Anstalt werde er schon gequält. Man bringe die Drähte an die verschiedensten Stellen des Körpers: an das Gesäss, wodurch die Füsse angezogen und in die Höhe geschleudert werden; an die Stirn, wo durch das Ansetzen der Pole ein Ausschlag entstanden sei; an die Harnröhre, sodass er bald den Urin nicht halten, bald, obgleich er fühle, dass die Blase voll sei, nicht lassen könne; an den Mastdarm, sodass der Stuhlgang zurückgehalten werde, bald aber wieder unwillkürlich abgehe; an die Bauchnerven, sodass er

husten müsse; in den Mund während des Essens, wodurch dort Risse entstanden seien; er müsse sich auf die Backenschleimhaut beissen, da ihm die Backen in den Mund gezogen würden; auch seine Nasenschleimhaut werde mit dem elektrischen Strom bearbeitet und durch diesen vollständig zerstört. Pat. meint ein heftiges Brennen und Stechen zu fühlen an den Stellen, wo man die Pole ansetzt.

Im Februar habe man ihm auch mit den Drähten das Trommelfell des rechten Ohres zerstört. Pat. behauptet, die Hallucinationen nur mit diesem Ohre zu hören, trotzdem er die unmittelbar angelegte Uhr nicht zu hören angiebt. Ganz genau will Pat. die Stimme eines Arztes unterscheiden können, sowie des Badedieners des Letzteren, der ihm auf Befehl des Arztes das Bein gelähmt habe. Ferner hört Pat. die Stimmen zweier Frauen, die ihm alle möglichen Gemeinheiten zurufen; sie stehen mit seinen Ohrnerven in Verbindung und suchen beständig auf seinen Gedankengang einzuwirken. — Der Anfang der Gehörshallucinationen war so, dass man zuerst seine Gedanken laut aussprach und auch was er schrieb, laut rief.

Der elektrische Strom mache einen metallartigen Geruch und Geschmack, welcher die Speisen widerlich schmecken lässt.

Ferner giebt Pat. an, dass er an Mercurialvergiftung leide und deshalb eine Kur in Aachen durchgemacht habe.

Die Antwort auf die Aufgabe 13×13 bleibt Patient schuldig, da er behauptet, dass er ganz zusammengezogen würde, wenn er das Gedächtniss anstrengt.

Die körperliche Untersuchung ergiebt Folgendes: Am oberen inneren Winkel des Stirnbeins eine Hervor-

ragung des Knochens in der Ausdehnung von 3 cm, eine kleinere Hervorragung in der Gegend der kleinen Fontanelle.

Perkussion des Schädels ist schmerzlos.

Auf der Stirn zahlreiche kleine dunkelrothe Knoten.

Die rechte Pupille ist weiter als die linke und vollständig reactionslos; auch die linke Pupille reagirt sehr schlecht.

Die Lidspalten sind ziemlich gleich.

Beim Oeffnen des Mundes wird vorzugsweise die rechte Gesichtshälfte bewegt. Der linke Mundwinkel steht tiefer. Die linke Nasolabialfalte ist flacher.

Die Zunge wird grade herausgestreckt. Die Uvula ist nach rechts verzogen.

Muskulatur und Fettpolster sind sehr verringert. In den oberen Extremitäten besteht deutliche Ataxie; Händedruck beiderseits schwach.

Das linke Bein kann Pat. im Hüft- und Kniegelenk noch bewegen, aber unzweckmässig; das rechte scheint vollständig gelähmt zu sein.

Localisation und Sensibilität sind ziemlich gut erhalten. Bei Nadelstichen im rechten Bein klagt Pat. über heftige Schmerzen.

Kniephänomene fehlen beiderseits.

Gürtelschmerz.

3. Mai. Pat. klagt beständig in der beschriebenen Weise über die Verfolgungen, die ihm auch Nachts nicht Ruhe lassen und fortwährend ihn belästigen. Trotzdem ist Pat. freundlicher und zugänglicher und mit seinem Aufenthalt in der Anstalt zufriedener.

18. Mai. Bei der Mittheilung von dem Tode seines Vaters ist Pat. sehr ergriffen, besteht dann energisch auf seine Entlassung, da er nun majorenn sei etc.

11. Juni. Eine 11 Tage dauernde Verstopfung wird, nachdem Klystiere, Ricinusöl, Calomel mit Jalape, Infusum Sennae cum Natr. sulfur. u. A. erfolglos geblieben, durch Klystiere von Milch und Honig beseitigt.

25. Juni. Pat. protestirt beständig gegen seinen Aufenthalt in der Anstalt, durch welchen seine Beschwerden aut's Aeusserste sich verschlimmert hätten. Der Kehlkopf wird ihm in die Höhe geschleudert: keine Stelle des Körpers bleibt von den Drähten verschont.

27. Juni. Briefe an die Kriminalpolizei mit Denunciationen.

25. Juli. Pat. wiederholt die stereotypen Klagen: die Verfolgungen seien seit dem Tode seines Vaters noch bedeutender geworden; man wolle ihn mit Macht zu Grunde richten, alle Schleimhäute seien schon zerstört. Die Briefe des Pat. an die Angehörigen sind voll von Drohungen und Vorwürfen, dass man ihn in die Anstalt gebracht, meist aber confus.

2. August. Pat. klagt besonders über den Hals; beim Schlucken wird ihm der Kehlkopf hochgehoben, so dass stets Brechreiz besteht. Dagegen sind die Nächte besser. In einem an diesem Tage angestellten Krankenexamen macht Pat. in Betreff seines Vorlebens genau dieselben Angaben wie früher. Als neue Klage giebt er an, dass nun auch schon das linke Ohr benutzt werde, um ihm zuzurufen. Ohrensausen habe er weniger; die Leute setzen ihm starke Töne ins Ohr, hohe und tiefe: sie benutzen Trommeln, Trompeten, Flöten u. s. w., in der Anstalt weniger als zu Haus, wo er eine ganze Janitscharenmusik hören musste. — Auf die Frage ob er Schmerzen in den Beinen etc. habe, sagt Pat., dass man ihm an den Füssen, wo der Hauptgang sei, etwas hinbrenne oder

hinsteche. Auch die Lunge wird den ganzen Tag zusammengeschnürt. — Befragt, wie ihm die Leute hätten nach der Anstalt folgen können, meint Pat.: Sie haben es ja gewusst, wohin ich gebracht werde. Hier wirken sie nun weiter mit dem elektrischen Draht; der Diener sieht sich ganz schlau um, wenn es zu klappern anfängt. Die Verfolger sind mir so nahe wie früher; sie sind auch hier in der Anstalt.

Die körperliche Untersuchung ergiebt im Wesentlichen nichts Neues: Ungleichheit der Pupillen, Pupillenstarre, Ataxie in den Händen, Lähmung des rechten Beines, das linke wird in die Höhe geschleudert, passive Beweglichkeit ist in beiden Beinen vorhanden. Sensibilität eher etwas gesteigert: Gürtelschmerz. Häufiges Aufstossen einige Zeit nach dem Essen; Zeichen von crises gastriques. - Fehlen der Kniephänomene. — Incontinentia urinae. Stuhlgang nur noch durch Medicamente möglich.

25. September. Status idem.

24. October. Händedruck beiderseits äusserst schwach. Beide Beine gelähmt; passive Bewegungen des linken Beines schwerer als des rechten.

Schmerzhaftigkeit auf Druck in der Höhe des 10. bis 12. Rückenwirbels.

Psychischer Zustand unverändert.

Um diese Zeit wurde der Pat. von den Angehörigen aus der Anstalt genommen und, da er nicht in Berlin blieb, seine weitere Beobachtung unmöglich. Doch ist es auch so schon unzweifelhaft, dass es sich um Paranoia handelt, die sich zur Tabes gesellte.

Den zweiten Fall hat Herr Dr. Mendel in der Privatpraxis beobachtet.

H. 40 Jahr alt stammt aus einer Familie, in der Geistes- oder Nervenkrankheiten angeblich nicht vorgekommen sein sollen. Er selbst hat erhebliche Krankheiten in seiner Jugend nicht überstanden, wurde wegen zu schwacher Brust vom Militärdienst befreit und acquirirte im 20. Lebensjahr einen Schanker, der angeblich mit Quecksilber behandelt wurde und keine secundäre Erscheinungen zur Folge hatte. Er war in einem kaufmännischen Geschäft thätig, als sich, ohne nachweisbare Ursache im 30. Lebensjahre Schmerzen erst im rechten Arm einstellten, so dass er am Schreiben verhindert wurde, und später in den Beinen und ihm die Nachtruhe störten. Eine Kaltwasserbehandlung blieb ohne Erfolg. Allmählich stellten sich auch Gehstörungen ein; es trat incontinentia urinae auf. Seine Ehe, die er im 27. Lebensjahre geschlossen, war kinderlos; es war nie zu vollständigen Erectionen während derselben gekommen.

Nachdem angewandte Elektricität, die Kuren in Oeynhausen und Nauheim das Leiden nicht hatten beseitigen können, ging Pat. im 35. Lebensjahre mit seiner Frau nach Italien, wo das Leiden, ohne nennenswerthe Fortschritte zu machen, im Wesentlichen die nächsten vier Jahre weiter bestand.

Jetzt traten Zeichen von Geistestörung auf, die ihn erregt und unruhig machte, und dies wurde die Veranlassung der Rückkehr in die Heimath.

Bei seiner Rückkehr bot Pat. folgenden Status:

I. Psyche. Pat. giebt an, schon seit länger als einem Jahre von Stimmen gepeinigt zu werden, die ihm allerhand Vorwürfe über seine frühere Geschäftsführung, über sein Benehmen zu seiner Frau u. s. w. machten. Diese Stimmen kämen von Leuten, die oberhalb seines Zimmers

sich befinden und aus Italien mitgekommen sind. Gleichzeitig hätten die Leute einen Apparat, durch den sie elektrisiren, ihm Brustbeklemmung machen, Leib zusammenschnüren. Wer diese Verfolger wären, könne er nicht angeben. Sie scheinen den Zweck zu haben, ihn umzubringen. Hallucinationen im Gesicht, Geruch und Geschmack sind nicht nachweisbar. — Im Uebrigen scheint seine Intelligenz ungestört, er rechnet gut, liest mit Verständniss die Zeitung u. s. w. Sein Gedächtniss zeigt keine Defecte. Gewöhnlich ist er ruhig und still, auffallend wortkarg; nur zuweilen wird er unruhig, lärmt und schimpft dann auf die Verfolger.

II. Somatisch. Rechte Pupille erheblich weiter als die linke, beide ziehen sich auf Licht wenig zusammen. Ophthalmoskopisch links normale Pupille, rechts Sehnervenatrophie.

Keine Facialisparese, keine Sprachstörung.

Ataxie in den Händen wie in den Füssen deutlich ausgeprägt; Hackengang. — Sensibilität in den Beinen erheblich, bes. für Schmerzempfindungen, an den Armen nicht nachweisbar herabgesetzt. Dagegen klagt Pat. in den Armen, Leib, Rücken über verschiedenartige Paraesthesie. Incontinentia urinae. — Keine Patellarreflexe. Romberg'sches Symptom vorhanden.

Appetit ist mässig. Stuhlverstopfung. — In Bezug auf die inneren Organe lässt sich Catarrh in der rechten Lungenspitze nachweisen.

Im weiteren Verlaufe nahm die motorische Schwäche der Beine in rapider Weise zu, sodass Pat. gar nicht mehr gehen konnte und entweder zu Bett oder auf dem Sopha den Tag zubrachte. — Die Hallucinationen bestanden dabei im Gehör und im Gemeingefühl unver-

ändert fort. Es traten noch solche des Geschmacks hinzu, sodass Pat. die Nahrungsaufnahme verweigerte und ihm nur mit Mühe Speisen eingeflösst werden konnten. Auch im Bett las Pat. noch oder liess sich vorlesen, dazwischen vorübergehend unruhig werdend.

Die mangelhafte Nahrungsaufnahme zusammen mit dem in den Lungen sich ausbreitenden Process, endlich der Decubitus, der trotz aller Sorgfalt nicht zu verhüten war, brachten den Pat. so herunter, dass er an allgemeiner Entkräftung zu Grunde ging.

Sektion wurde nicht gestattet.

Ich kann die Arbeit nicht schliessen, ohne Herrn Privatdocenten Dr. Mendel für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der er mir seine Bibliothek zur Verfügung stellte, herzlichst zu danken.

THESEN.

I. Die Lues gehört nicht zu den aetiologischen Momenten der Tabes dorsualis.

II. Die Sclerotomie kann nie die Iridectomie bei Glaucom vollständig ersetzen.

III. Vor der Exarticulation im Hüftgelenk empfiehlt es sich, die hohe Oberschenkel-Amputation zu machen.

VITA.

Ich, Hermann Jacob, bin geboren am 7. Juli 1862 zu Sohrau Ober-Schlesien und gehöre der jüdischen Religion an. Meine Schulbildung erhielt ich von meinem Vater, von Michaelis 73 bis Johanni 76 besuchte ich die Fürstenschule zu Pless, von Michaelis 76 bis 79 das Gymnasium in Neisse, welches ich am 9. August 79 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Am 16. October d. J. wurde ich bei der medicinischen Facultät der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität immatriculirt und besuchte diese während acht Semester. Im 4. Semester diente ich beim Kaiser Alexander Garde-Gren.-Reg. No. I.

Am 19. Juni 82 machte ich das Tentamen physicum, am 28. Juni 83 das Tentamen medicum und am 3. Juli das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten: Bardeleben, von Bergmann, du Bois-Reymond, Brieger, Eichler, Fasbender, A. Fraenkel, Fraentzel, Frerichs, Frommel, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Hofmann, Jürgens, Küster, G. Lewin, L. Lewin, Lewinski, Leyden, Mendel, Reichert, Schroeder, Schweigger, Sell, Senator, Sonnenburg, Uthoff, Virchow, J. Wolff.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, sage ich meinen aufrichtigen Dank.